



**HELENA CATARINA  
FREITAS ANDRADE**

**CATASTROFIZAÇÃO DA DOR: COMPARAÇÃO  
ENTRE GRUPOS DE UMA AMOSTRA CLÍNICA E  
NÃO CLÍNICA**



**HELENA CATARINA  
FREITAS ANDRADE  
86333**

**CATASTROFIZAÇÃO DA DOR: COMPARAÇÃO  
ENTRE GRUPOS DE UMA AMOSTRA CLÍNICA E  
NÃO CLÍNICA**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica da Doutora Anabela Maria Sousa Pereira, Professora Associada com Agregação do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro e coorientada pela Doutora Alexandra Ferreira Valente, investigadora em Pós-doutoramento do William James Center for Research, ISPA - Instituto Universitário.

Esta dissertação foi elaborada no âmbito do projecto de investigação intitulado “Mediation and moderation effects of culture, religion, beliefs and coping in the adjustment to chronic pain” (SFRH/BPD/121452/2016), financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia.

*Dedico este trabalho à minha família, por todo o apoio incondicional.*  
*“As conquistas dependem de 50% de inspiração, criatividade e sonhos, e 50% de disciplina,*  
*trabalho árduo e determinação” (Augusto Cury)*

**o júri**

presidente

Prof. Doutora Sara Otília Marques Monteiro, Professora Auxiliar  
Convidada, Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Ana Filipa Fernandes Pimenta, Investigadora  
Auxiliar, Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e  
da Vida (ISPA)

Prof. Doutora Anabela Maria Sousa Pereira, Professora Associada  
C/ Agregação, Universidade de Aveiro

## Agradecimentos

Aos meus pais e irmão, por todo o carinho e confiança depositada e que muito me enchem o coração. São os meus maiores e melhores amigos, os pilares da minha vida e aqueles que nunca falham. Apesar da distância física que nos separa estão sempre presentes em todas as circunstâncias da minha vida.

A todos os meus amigos e colegas com quem tive o privilégio de partilhar estes anos de vida académica e com os quais muito aprendi. Guardarei para sempre na memória as experiências, os sorrisos e todo o conhecimento que de vós recebi e que contribuiu para a pessoa que hoje sou. Aveiro deu-me pessoas maravilhosas e Coimbra mostrou-me o verdadeiro significado de se ser estudante. Obrigada pela vossa amizade, levo os a todos na minha memória e no meu coração.

A todos os que participaram e contribuíram para a realização deste estudo, de modo particular ao Serviço de Anestesiologia – Consulta da Dor do CHUC, na pessoa da Dra. Sílvia Vaz Serra pela disponibilidade, atenção e oportunidade de contacto com uma equipa de profissionais, técnicos e auxiliares sublimes.

À Prof. Doutora Anabela Pereira, uma docente de excelência, profissional e a quem agradeço a orientação, o apoio, o incentivo e todos os ensinamentos e conhecimentos que me foram transmitidos, ao longo desta etapa académica.

À Prof. Doutora Alexandra Ferreira-Valente, coorientadora desta dissertação a quem agradeço a dedicação, o rigor, a disponibilidade e acima de tudo todos os conhecimentos que me foram ensinados.

À Universidade de Aveiro e ao Departamento de Educação e Psicologia, pelo corpo docente e não docente que tem e pela formação de excelência prestada da qual muito me orgulho.

**palavras-chave:**

dor crónica, catastrofização da dor, ansiedade e depressão

**resumo:**

O presente estudo visa caracterizar indivíduos com dor crónica lombar ou artrose quanto à intensidade e interferência da dor, ansiedade, depressão e crenças relacionadas com a dor (e.g. catastrofização, controlo percebido sobre a dor, percepção de si próprio). Para tal, foi utilizada uma amostra total de 79 pessoas com idades compreendidas entre os 22 e os 79 anos, com dor crónica lombar ou devido a artrose, seguidas nas consultas de dor da Unidade de Dor do Pólo Hospital Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e da Unidade de Dor do Hospital Central do Funchal (amostra clínica) e indivíduos da população em geral, não seguidos em qualquer consulta de dor de uma instituição de saúde nacional (amostra não clínica). Os instrumentos utilizados foram o *Brief Pain Inventory* (BPI), a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), a Escala de Desânimo associado à Dor (PCS) e o *Survey of Pain Attitudes* (SOPA).

A catastrofização é definida como um «estado mental» constituído por pensamentos, convicções ou percepções, maioritariamente negativas e irreais que surgem no contexto da experiência da dor ou da sua antecipação. A literatura refere que o desânimo e/ou pessimismo são um dos mais importantes determinantes psicológicos da experiência e dos resultados clínicos da dor, de modo especial quando a dor é crónica. Os resultados deste estudo mostraram que indivíduos com dor crónica apresentam maiores níveis de ansiedade e de depressão quando comparados com a população normal. Além disso, a maioria dos indivíduos apresentam níveis elevados de intensidade e interferência da dor, tendo esta variado entre ligeira e moderada, associada a incapacidade funcional e crenças. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre géneros, com as mulheres a apresentarem valores mais elevados em ambas as dimensões. Em suma, evidenciamos as relações existentes entre as diferentes componentes da dor crónica, sendo referidas algumas implicações clínicas que permitam compreender a dor crónica e melhorar a qualidade de vida do doente.

**keywords:**

chronic pain, catastrophic pain, anxiety and depression

**abstract:**

The present study aims to characterize individuals with chronic back pain or arthrosis as to the intensity and interference of pain, anxiety, depression, and beliefs related to pain (e.g catastrophization, perceived pain control, self-perception). To do this, a total sample of 79 people aged 22-79 years with chronic back pain or due to arthrosis was used, followed in the pain consultations of the Pain Unit of the Pole General Hospital of the Hospital and University Center of Coimbra and the Pain Unit of the Central Hospital of Funchal (patients) and individuals of the general population, not followed in any consultation of pain of a national health institution (healthy controls). The instruments used were the Brief Pain Inventory (BPI), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Pain Catastrophizing Scale (PCS) and the Survey of Pain Attitudes (SOPA).

Catastrophizing is defined as a "mental state" consisting of mostly negative and unrealistic thoughts, convictions, or perceptions that arise in the context of the experience of pain or its anticipation. The literature reports that discouragement and / or pessimism are one of the most important psychological determinants of experience and clinical outcomes of pain, especially when pain is chronic.

The results of this study showed that individuals with chronic pain have higher levels of anxiety and depression when compared to the normal population. In addition, most individuals present high levels of pain intensity and interference, ranging from mild to moderate pain associated with functional disability and beliefs. Statistically significant differences were found between genders, with women presenting higher values in both dimensions. In summary, we show the relationships between the different components of chronic pain, with some clinical implications that allow us to understand chronic pain and improve the quality of life of the patient.

## Índice

<b>1.</b>	<b>Introdução .....</b>	<b>10</b>
<b>2.</b>	<b>Metodologia .....</b>	<b>17</b>
	<b>2.1.</b> Participantes .....	18
	<b>2.2.</b> Instrumentos .....	21
	<b>2.2.1.</b> <i>BPI</i> - Inventário Resumido da Dor	
	<b>2.2.2.</b> <i>HADS</i> - Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar	
	<b>2.2.3.</b> <i>SOPA</i> - Survey of Pain Attitudes	
	<b>2.2.4.</b> <i>PCS</i> - Escala de Desânimo Associado à Dor	
	<b>2.3.</b> Procedimentos .....	23
	<b>2.4.</b> Análise dos dados .....	24
<b>3.</b>	<b>Resultados .....</b>	<b>24</b>
<b>4.</b>	<b>Discussão .....</b>	<b>28</b>
<b>5.</b>	<b>Referências .....</b>	<b>35</b>
<b>6.</b>	<b>Anexos .....</b>	<b>40</b>



## Índice de Figuras

**Figura 1.** *Flow* de participantes

## Índice de Tabelas

**Tabela 1.** *Caraterização das variáveis sociodemográficas*

**Tabela 2.** *Caraterização clínica das amostras clínica e não clínica quanto à dor, ansiedade, depressão e crenças relacionadas com a dor*

## Índice de Abreviaturas (Siglas)

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

TCC - Terapia Cognitivo-Comportamental

## **Introdução**

A dor crónica é um problema de saúde grave, não só pela sua elevada prevalência e persistência (cerca de um quinto da população adulta europeia e um terço da população adulta portuguesa), como também pelo seu elevado impacto negativo individual, familiar, económico e social (Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias & Castro-Lopes, 2012; Breivik et al., 2006). A dor é uma experiência complexa que impacta virtualmente todos os aspetos da vida de quem tem dor crónica e seus familiares, e está associada a elevados custos relacionados com o absentismo laboral ou à reforma antecipada ou a elevados custos suportados pelo sistema nacional de saúde (Azevedo et al., 2012; Macfarlane et al., 2016). A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define a dor crónica como uma dor que persiste, para além do tempo normal de cicatrização do tecido e sugere três meses como um ponto de corte conveniente para a cura dos tecidos moles (Merskey, 1986).

A origem da dor crónica está geralmente associada a uma condição orgânica, normalmente lesões, distúrbios crónicos (e.g. cancro, artrite e diabetes), problemas de dor primária (e.g. dor neuropática, fibromialgia e cefaleias crónicas) e distúrbios nervosos automáticos (e.g. síndrome complexa de dor regional [SDRC]) (Deer et al., 2014). Quando não existe qualquer dano tecidual identificável, a dor crónica é explicada por um mecanismo de sensibilização do sistema nervoso central (Marques, Filho, Gouvea, Ferreira & Nogueira, 2017). A sensibilização central representa um mau funcionamento dos mecanismos anti nociceptivos descendentes e leva a dor referida, hiperalgesia, alodinia e alterações nos centros moduladores da dor, entre outros. Estas respostas são moduladas por fatores cognitivos, neurofisiológicos e ambientais (Marques, et. al., 2017).

Em Portugal, os tipos de dor crónica mais comuns são as lombalgias, cervicalgia e dor facial (Sutton & Opp, 2014). A dor lombar é aquela que se localiza na região compreendida entre as últimas costelas e a linha glútea, podendo considerar-se específica - quando os sintomas são originados por condições clínicas definidas, - ou não específica - quando não é claramente definido o mecanismo que está na sua origem (Figueiredo, Pereira, Ferreira, Pereira & Amorim, 2017). Como causas possíveis para o seu desenvolvimento, sugerem as doenças inflamatórias, doenças degenerativas, neoplasias, defeitos congénitos, instabilidade muscular, predisposição reumática, sinais de degeneração da coluna ou dos discos intervertebrais. A maioria dos episódios de dor lombar ocorrerem no contexto das atividades diárias (Figueiredo, et. al., 2017).

Etiologicamente, este problema de saúde é considerado multifatorial, resultante da interação dos fatores intrínsecos ao indivíduo e dos fatores sociodemográficos e comportamentais afetando as atividades funcionais, tornando-o numa das principais causas de

incapacidade musculoesquelética com ligação às estruturas adjacentes e articulações secundárias levando a compensações biomecânicas e sobrecarga. Nos idosos é particularmente frequente a associação desta doença com danos nas funções do corpo, dificuldades no desempenho das atividades de vida diárias e restrição na participação social do indivíduo, estando subjacente a perda da funcionalidade (Figueiredo, et. al., 2017).

Observa-se frequentemente entre as pessoas com dor lombar a diminuição da mobilidade articular entre as vértebras da coluna, agravada pelo movimento. Verifica-se também perda funcional, hipoatividade dos músculos vertebrais e processos inflamatórios das estruturas lombares adjacentes (Figueiredo, et. al., 2017). A literatura refere que, 30 a 60% dos indivíduos com dor lombar apresentam sintomas depressivos, por vezes considerados como preditores do tempo para recuperação da dor e incapacidade funcional (Figueiredo, et. al., 2017).

Em Portugal, a dor lombar afeta 42% da população adulta, mais do que as doenças cardíacas, o cancro e a diabetes. Acarreta encargos avultados para a economia, (e.g. consultas médicas, exames e tratamentos), para o indivíduo (e.g. incapacidade funcional, qualidade do sono, qualidade de vida), e para a sociedade (e.g. absentismo laboral) (Azevedo, et. al., 2012; Geneen et al., 2015).

Com base na evidência científica podemos afirmar que a dor crónica é uma experiência subjetiva complexa e multidimensional, encontrando-se associada frequentemente a stresse, ansiedade, depressão e baixa autoestima, assim como a menor capacidade de se realizar atividades de vida diárias e sociais (Furnes, Natvig & Dysvik, 2014). Os indivíduos com dor crónica apresentam dor para além do tempo necessário para a cura da lesão, cronificando a dor e aumentando o desgaste físico e psicológico. Neste sentido, a dor crónica leva o indivíduo a manifestar sintomas como alterações de sono (nomeadamente a Insónia, podendo constituir um fator de agravamento da dor, dos sintomas adjacentes e dos processos inflamatórios, diminuir a resposta inibitória da dor endógena e aumentar o sofrimento emocional) (Davis, Kroenke, Monahan, Kean & Stump, 2016), apetite, libido, irritabilidade, energia, diminuição da capacidade de concentração e restrições na capacidade para as atividades familiares, profissionais e sociais. A persistência da dor prolonga a existência destes sintomas, perde a sua função biológica e passa a englobar outros aspetos, psicológicos, cognitivos, comportamentais e culturais. O stresse e a dor crónica podem desencadear o aparecimento de psicopatologia psiquiátrica, nomeadamente depressão e ansiedade, destacando o facto de haver uma relação significativa atribuída à comorbilidade entre ansiedade e depressão em pacientes com dor crónica. Tal verificamos em dois estudos realizados por Borges, Luiz e Domingos (2009), em que 81,6% dos indivíduos com dor crónica apresentavam sintomatologia depressiva (Davis, et.

al., 2016) e pacientes com depressões graves apresentavam maiores níveis de dor, estando ambas relacionadas. Perante estas situações, os custos do tratamento, a incapacidade e as queixas somáticas aumentam e a qualidade de vida diminui (principalmente nos problemas musculoesqueléticos) (Borges, Luiz & Domingos, 2009).

A ansiedade é um sintoma muito identificado em utentes com dor crónica (cerca de 8% apresenta problemas de ansiedade), o que contribui para a tensão muscular e expansão da sensação de dor (Borges, Luiz & Domingos, 2009). A ocorrência simultânea dos sintomas pode evidenciar o aparecimento de um comprometimento adicional, prejudicar a resposta ao tratamento, afetar a saúde geral e o funcionamento físico dos pacientes (Davis, et. al., 2016). Para tal, Marques, et. al., (2017) sugerem no seu estudo que devem ser considerados os fatores cognitivos, psicossociais e comportamentais relacionados com a dor, de modo a constituir uma intervenção multidisciplinar que possa contribuir para a melhoria da qualidade de vida, adaptação à dor e ao contexto psicossocial, bem como para a recuperação da funcionalidade, principalmente em mulheres com dor musculoesquelética crónica.

Em vista à compreensão de todos estes fatores e a sua interação com a experiência de dor surge o modelo do medo-evitamento (FAM), um modelo teórico cognitivo-comportamental baseado na catastrofização, a ansiedade da dor e a hipervigilância e evitamento dos movimentos e que visa descrever a forma como os fatores psicológicos afetam a experiência de dor e o desenvolvimento da dor crónica e a sua influência para a incapacidade funcional dos indivíduos (Marques, et al., 2017; Shigetoh, 2017).

Os sintomas são amplificados e desencadeiam a catastrofização da dor causando medo e evitamento na realização de atividades, o que por sua vez leva a comprometimento funcional e descondicionamento físico, aumentando a gravidade dos sintomas físicos. De acordo com o modelo, a base dominante do tratamento comportamental dos sintomas físicos crónicos é a terapia cognitivo-comportamental. Pois, em terapia os utentes são desafiados a modificar as crenças catastróficas e aumentar progressivamente a atividade, de modo a reduzir os sintomas físicos e a incapacidade (Wideman et al., 2013 & Brown, 2004; Castell et al., 2011, cit. por McAndrew, Helmer, Lu, Slotkin & Quigley, 2018; Vagos & Pereira, 2018).

Subjacente a este conceito e considerada uma estratégia mal adaptativa relacionada com a descrição de níveis elevados de dor, surge a catastrofização como resposta aos eventos de vida negativos e às respostas emocionais da dor (Schütze, Rees, Smith, Slater, Campbell & O'Sullivan, 2017). Assenta num conceito tridimensional formado pelo desamparo, ampliação e ruminação e na sua globalidade, descreve a dor real ou antecipada como um conjunto de respostas emocionais e cognitivas (Ogata, Williams & Burri, 2017), considerada como preditor

rigoroso ligado a conclusões negativas acerca da dor, (Campbell, et. al., 2015) fazendo aumentar a atenção ao estímulo doloroso (Yakunchikov, et. al., 2016). Em estados mais elevados associa-se a altos níveis de incapacidade e intensidade de dor, sintomas depressivos e ansiosos, absentismo laboral, uso indevido de opióides e recorrência aos serviços de saúde (Schütze, et. al., 2017).

Pesquisas baseadas na origem da catastrofização da dor evidenciam a existência de uma abordagem etiológica multifatorial relacionada com fatores psicológicos (e.g. neuroticismo, afetividade negativa e crenças específicas acerca da etiologia da dor) combinando também fatores genéticos, em que 37% da hereditariedade aponta para o desenvolvimento de pensamentos catastróficos sobre a dor (Ogata, Williams & Burri, 2017).

Segundo o estudo de Burton, Tillotson, Main e Holli (1995), a catastrofização da dor é crucial e deve ser reconhecida na avaliação e descrição da experiência de dor, representando cerca de 47% da variância na previsão e desenvolvimento da dor crónica após um episódio de dor aguda. Na base da cronificação da lombalgia estão geralmente, atitudes, crenças e mecanismos de defesa dos pacientes (Wertli, et al., 2014). Dados clínicos e experimentais mostram que a catastrofização da dor está associada a vários processos biológicos que modelam a nocicepção. Entre os quais surgem a desregulação do eixo hipotálamo-hipófise, ligado à sensibilização do sistema nervoso central; redução do controlo inibitório descendente através de vias endógenas de opióides; aumento da ativação de áreas cerebrais articuladas com aspetos afetivos da dor e alterações simplificadoras da dor na conectividade funcional da rede padrão do cérebro (Schütze, et al., 2017).

A catastrofização, o evitamento do medo e a autoeficácia são conceitos que normalmente estão associados à avaliação cognitiva, referentes à interpretação de uma pessoa ou de uma situação. Recentemente, uma revisão de literatura destacou o facto de, existir uma associação entre a intensidade da dor, a incapacidade e a utilização/recurso a serviços de saúde e os níveis mais altos de dor/catastrofização (Hall, Kamper, Emsley & Maher, 2016). De destacar, o facto das pesquisas científicas atuais terem como intuito a identificação dos indicadores de risco, através da promoção da saúde e recuperação dos pacientes com lombalgia aguda, otimizando os tratamentos e evitando, por conseguinte a cronificação da dor reduzindo desta feita, os custos ao nível dos cuidados de saúde (Wertli, et. al., 2014).

A evidência científica sustenta a importância dos fatores psicossociais como preditores de dor e indica, especialmente as crenças de autoeficácia como forma de ultrapassar a persistência das tarefas, pedindo ajuda, orando, catastrofizando e estabelecendo uma relação associativa com a intensidade da dor e o funcionamento do paciente com dor crónica. A cultura

pode influenciar e desempenhar um papel importante na compreensão dos fatores psicossociais, de modo a que os doentes crónicos se possam adaptar à nova condição (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro & Jensen, 2014).

A autoeficácia de dor está, negativamente associada à dor através da intensidade e interferência da dor, depressão e ansiedade, relacionando-se positivamente com a saúde mental, que por sua vez associa-se à perda da funcionalidade física e psicológica dos doentes com patologia musculoesquelética crónica. O povo português quando comparado com povos de outras culturas, nomeadamente americanos apresentam uma tendência mais melancólica que pode moderar o impacto positivo da persistência da tarefa na dor e no funcionamento. Assim, indivíduos que relatem níveis elevados de persistência na realização das tarefas apresentam altos níveis de desamparo e desesperança, interferindo na funcionalidade e no cumprimento de tarefas (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro & Jensen, 2014).

O apoio social é fundamental para os doentes crónicos portugueses, confiando-lhe a perceção de um fator de suporte na melhoria da dor e do sofrimento. O presente estudo aponta para a possibilidade da cultura moderar a associação entre a adaptação e a capacidade de ultrapassar os eventos adversos de vida, afetando a forma como os indivíduos reagem à dor, de modo a garantir a eficácia do tratamento (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro & Jensen, 2014).

No sentido da resposta à dor, estudos têm demonstrado que os indivíduos com níveis mais elevados de catastrofização não só experienciam mais intensamente a sua própria dor como percecionam mais intensamente a dor dos seus pares, tendo sido encontradas relações empáticas modeladas por diversos fatores (e.g. empatia, catastrofização da dor e experiência dolorosa anterior) (Marques, et. al., 2017). Desta feita, verifica-se que as respostas cerebrais empáticas em doentes com dor crónica são mais prováveis de serem modeladas negativamente, levando a que o paciente se sinta mais oprimido por estados dolorosos, exacerbando a sua própria dor. Geralmente, os pacientes com dor musculoesquelética têm maior sensibilização à dor, sendo as mulheres o género mais afetado (Yakunchikov, et al., 2016; Marques, et. al., 2017).

A saúde mental é fundamental e influencia diretamente a saúde musculoesquelética e a capacidade funcional dos indivíduos. Deste modo, indivíduos com problemas de saúde mental estão mais vulneráveis ao desenvolvimento de problemas de saúde física (incluindo problemas musculoesqueléticos) e vice-versa, o que pode contribuir para o limiar de dor e aumentar significativamente o impacto na capacidade física e mental (Dean & Söderlund, 2015).

Com base na literatura encontramos dois estudos que avaliaram a relação entre a perceção da dor e a intensidade da dor em pessoas com e sem dor crónica, uma vez que em estudos experimentais realizados se tentaram aumentar ou diminuir a catastrofização da dor (fator

mediador) em indivíduos saudáveis de modo a ser observada a sua influência no nível de dor. No primeiro estudo, Severeijns e seus colaboradores tentaram aumentar a catastrofização da dor através de relatos verbais relacionados com o efeito da dor num teste de pressão fria. Apesar do nível de catastrofização da dor ter sofrido um aumento, os níveis de dor mantiveram-se, podendo estar na base da falta de efeito as fracas sugestões verbais ou o controlo da perceção durante a realização da tarefa. Sendo assim, não é conclusiva a relação entre o aumento da catastrofização da dor e o aumento da dor. Num outro estudo, Terry e colegas diminuíram efetivamente, o nível de catastrofização da dor específica para a situação em estudo, submetendo os participantes a uma manipulação catastrófica, onde em sessão eram educados acerca da dor e posteriormente teriam de escolher três questões anticatastrofizantes (baseadas na PCS), que lhes tinham sido ensinadas através da técnica de imaginação guiada. A manipulação reduziu os níveis de catastrofização da dor específicos da situação, bem como a experiência da dor. Deste modo, a diminuição na catastrofização da dor parece estar relacionada com a diminuição da dor. Para que haja maior consistência e evidência de uma relação direta entre catastrofização e dor, é necessário determinar se ambos aumentam e diminuem, tendo em consideração que a variação pode aparecer respetivamente no mesmo participante, realçando o facto de atualmente, só terem sido realizadas manipulações experimentais de catastrofização da dor e alterações associadas nos níveis de dor em indivíduos saudáveis. Para se determinar a possível significância clínica de uma relação entre catastrofização da dor e dor é importante testar se manipulações experimentais de catastrofização da dor e mudanças na dor são específicas para voluntários saudáveis expostos a estímulos experimentais de dor ou se eles também se aplicam à experiência de pacientes com dor crónica (Kjøgxa, et. al., 2016).

No que concerne à intervenção, diretrizes atuais recomendam a combinação de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos liderados por equipas multidisciplinares, que zelem pelo bem-estar e qualidade de vida dos utentes e contribuam para a recuperação e melhoria da funcionalidade dos mesmos. Num estudo realizado concluiu-se com base na relação de causa-efeito que, quanto mais longa a duração dos sintomas, menor a probabilidade destes melhorarem, inclusivamente com intervenções específicas, constituindo um desafio na gestão e efetividade das melhorias (Macfarlane, et. al., 2016).

Perante a lentidão dos processos terapêuticos e as consequentes alterações e avanços rápidos na sintomatologia, o foco principal recai sobre a prevenção da problemática e consequente intervenção cognitivo-comportamental, atuando em situações de dor musculoesquelética (dor nas articulações, vértebras, lombalgias) e fomentando o desenvolvimento de estratégias que possam potenciar a adaptação à dor, evitar a cronicidade da

dor e o aparecimento de problemas mentais (Macfarlane, et. al., 2016). Desta feita, objetivo recai sobre a adoção de conhecimentos acerca da dor crónica com base em técnicas de TCC, um modelo de intervenção estruturado e breve, que através da aliança terapêutica procura educar em neurofisiologia da dor, os utentes reconcetualizando o pensamento acerca da dor, afastando a crença de que "dói" sempre, o que equivale a um "dano físico" e contribui para a redução da intensidade e incapacidade relacionada com a dor (Geneen, et. al., 2015). A TCC assenta em três aspetos fundamentais da aprendizagem, cognitivo centrado na informação e compreensão; afetivo que envolve os sentimentos e as atitudes e comportamental, onde estão presentes as habilidades, demonstrando eficácia no tratamento de doentes com dor crónica musculoesquelética (Geneen, et al., 2015; Borges, Luiz & Domingos, 2009; Louw, Diener, Butler & Puentedura, 2011).

Outro dos tratamentos disponíveis para o controlo da dor são as mobilizações articulares que visam diminuir a intensidade da dor e incapacidade em pacientes com dor lombar crónica. Contudo, existem poucos estudos a verificarem efetivamente, os efeitos desta intervenção em pacientes com dor musculoesquelética, de modo especial dor crónica lombar, o que dificulta a avaliação e aplicação desta intervenção (Tavares, Chaves, Silva, Guerreiro, Gonçalves & Albuquerque, 2017). Todavia existem pelo menos dois estudos que os estudaram, Castro, Daltro, Kraychete e Lopes (2012) focaram-se nos efeitos imediatos da intervenção e na comparação com a intervenção placebo e o controlo na intensidade e incapacidade da dor, bem como a possibilidade de existência de um efeito mediador da catastrofização sobre a intensidade de dor em pacientes com dor crónica, dado que pelo menos 43% da amostra estudada apresentava altos níveis de catastrofização e o de Shah e Kage (2016), que apurou efeitos semelhantes quando comparados os grupos submetidos à mobilização articular e os grupos sujeitos a exercícios de extensão na redução da intensidade de dor, aumento da amplitude de movimento de extensão lombar e incapacidade relacionada com a dor lombar (Tavares, et. al., 2017). No primeiro estudo verificou-se a eficácia da mobilização articular e as melhorias na incapacidade, intensidade da dor e catastrofização pré e pós-intervenção (Castro, Daltro, Kraychete & Lopes, 2012).

Hall, Kamper, Emsley e Maher (2016) referem o tai chi, como um método útil no alívio da dor nas costas (e.g. lombalgia, cervicalgia), restauro da capacidade de trabalho e melhoria do nível de saúde e a qualidade de vida. A sua aplicação em pacientes com dor crónica revelou-se positiva, sendo avaliado como um fator mediador com grande potencial na identificação de futuros mecanismos de ação. Este estudo é deveras importante, tendo como objetivo principal melhorar os sintomas de dor e incapacidade, parcialmente modelados pela catastrofização.



Estudos realizados revelam melhorias na perceção da dor numa fase precoce do tratamento, traduzindo um bom prenúncio para o aparecimento de melhorias na dor e na incapacidade, tendo a catastrofização da dor se revelado a chave do tratamento, sobretudo em intervenções psicológicas e multidisciplinares dirigidas a pessoas com dor crónica, de modo particular musculoesqueléticas (Schütze, et. al., 2017).

Para Goucke (2003) a intervenção psicossocial é a mais adequada, aliando a educação, as modificações no estilo de vida e a prática de atividade física (e.g. hidroginástica), o que contribui para a melhoria da qualidade de vida e da capacidade funcional.

Consideramos importante reforçar a investigação na área da dor crónica, realçando o facto de a catastrofização ser um fator prognóstico para o desenvolvimento da dor lombar, de modo a melhorar a qualidade de vida e a restaurar a funcionalidade dos utentes (Wertli, et. al., 2014); estudar a adaptação do medo-evitamento, catastrofização e a sua influência em utentes com dor aguda e dor crónica (Lintona, Buer, Samuelsson & Harms-Ringdahl, 2010); perceber a relação da qualidade de vida, intensidade da dor, incapacidade funcional e saúde mental em pessoas com dor e sem dor crónica, tendo em conta os escassos estudos nesta área

O presente estudo visa: (a) caracterizar a amostra de pessoas portuguesas com dor crónica lombar ou artrose acompanhadas na consulta de dor de diferentes instituições de saúde de Portugal (amostra clínica) quanto à intensidade e interferência da dor experimentadas nas 24 horas anteriores, ansiedade, depressão e crenças relacionadas com a dor (e.g. catastrofização, controlo percebido sobre a dor, perceção de si próprio como pessoa com incapacidade funcional, crença na cura médica da dor); e (b) comparar a amostra de pessoas portuguesas com dor crónica lombar ou artrose com uma amostra de pessoas da população em geral não seguidas em consulta de dor de qualquer instituição de saúde (amostra não clínica) quanto à dor experimentada (intensidade e interferência), ansiedade, depressão e crenças relacionadas com a dor.

### **Metodologia**

Este é um estudo quantitativo, observacional correlacional, com *design* transversal. Este estudo exploratório foi desenvolvido no âmbito do projeto de investigação “*Mediation and moderation effects of culture, religion, beliefs and coping in the adjustment to chronic pain*” (SFRH/BPD/121452/2016), que está a ser realizado, em parceria, pelo *William James Center for Research* (ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal) e *Department of Rehabilitation Medicine* (University of Washington, Seattle, WA, Estados Unidos da América), desde setembro de 2017.

## Participantes

Participaram neste estudo pessoas portuguesas com dor crónica lombar ou devido a artrose, seguidas nas consultas de dor da Unidade de Dor do Pólo Hospital Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e da Unidade de Dor do Hospital Central do Funchal (amostra clínica). Os critérios de inclusão na amostra clínica compreenderam: (a) ter nacionalidade portuguesa; (b) ter pelo menos 18 anos de idade; (c) experienciar dor lombar ou devido a artrose há pelo menos três meses; (d) ter diagnóstico de dor lombar ou artrose confirmado por médico assistente; (e) não ter incapacidade física ou défice cognitivo que impedisse a participação; (f) não ter atualmente psicopatologia severa (e.g. encontrar-se ou ter sido internado nos seis meses anteriores devido a psicopatologia, ou ter experimentado desejo de pôr termo à sua vida durante os seis meses anteriores à participação); e (g) aceitar participar no estudo (*cf.* Figura 1).

Participaram, ainda, neste estudo, pessoas da população em geral, não seguidas em qualquer consulta de dor de uma instituição de saúde nacional (amostra não clínica). Os critérios de inclusão na amostra não clínica incluíram: (a) ter nacionalidade portuguesa; (b) ter pelo menos 18 anos de idade; (c) não ter incapacidade física ou défice cognitivo que impedisse a participação; (d) não ter atualmente psicopatologia severa (e.g. encontrar-se ou ter sido internado nos seis meses anteriores devido a psicopatologia, ou ter experimentado desejo de pôr termo à sua vida durante os seis meses anteriores à participação); e (e) aceitar participar no estudo (*cf.* Figura 1).

Ambas as amostras (ou grupos), clínica e não clínica, são amostras não probabilísticas de conveniência. Das 50 pessoas com dor crónica convidadas a participar, 40 aceitaram participar. Uma pessoa foi excluída da amostra por não cumprir integralmente os critérios de inclusão do estudo. A amostra clínica é, pois, constituída por 39 participantes dos quais 32 são do sexo feminino e 7 são do sexo masculino. Os participantes desta amostra têm idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos ( $M=57,33$ ,  $DP=13,43$ ). Quanto ao estado civil, a maior parte dos/as participantes desta amostra eram casados/as ou viviam em união de facto ( $n=21$ ), sendo os/as restantes solteiros/as ( $n=7$ ), divorciados/as ou separados/as ( $n=6$ ) ou viúvos/as ( $n=5$ ). Ao nível da escolaridade verificamos que, 4 não tinham escolaridade, 9 têm o 1º e/ou 2º ciclo, 17 frequentaram o 3º ciclo, 6 têm o secundário e 3 são licenciados ou possuem o título de bacharelato. Relativamente à situação face ao emprego referimos que dos indivíduos são trabalhadores/as a tempo inteiro (por conta própria), 1 é trabalhador/ra a tempo parcial (por conta própria), 2 são trabalhadores a tempo parcial (por conta de outrem), 5 encontram-se numa

situação de desemprego, 17 são reformados, 1 é estudante e 1 referiu como “outra” a sua situação profissional.

Das 45 pessoas da população em geral convidadas a participar no estudo, 40 aceitaram participar e foram incluídos na amostra do estudo. Dos 40 participantes desta amostra, 33 são do sexo feminino e 7 são do sexo masculino e têm idades compreendidas entre os 22 e os 70 anos ( $M=38,92$ ,  $DP=14,27$ ). Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes integrados na amostra eram casados/as ou viviam em união de facto ( $n=20$ ) e os restantes participantes eram solteiros/as ( $n=19$ ) e viúvos/as ( $n=1$ ), não havendo registo de indivíduos divorciados/as ou separados/as nesta amostra. No que toca ao nível de escolaridade verificamos que, 4 têm o 1º e/ou 2º ciclo, 2 frequentaram o 3º ciclo, 3 têm o secundário e 24 são licenciados ou possuem o título de bacharelato, 5 têm mestrado ou equivalente e 2 são doutorados ou possuem uma designação equivalente. Relativamente à situação face ao emprego referimos que 2 dos indivíduos são trabalhadores/as a tempo inteiro (por conta própria), 23 são trabalhadores a tempo inteiro (por conta de outrem), 3 são reformados, 11 são estudante e 1 (2,5%) referiu como “outra” a sua situação profissional. Os dados mencionados referentes às características sociodemográficas de ambas as amostras podem ser consultados na *Tabela 1*.

*Figura 1. Flow de participantes*

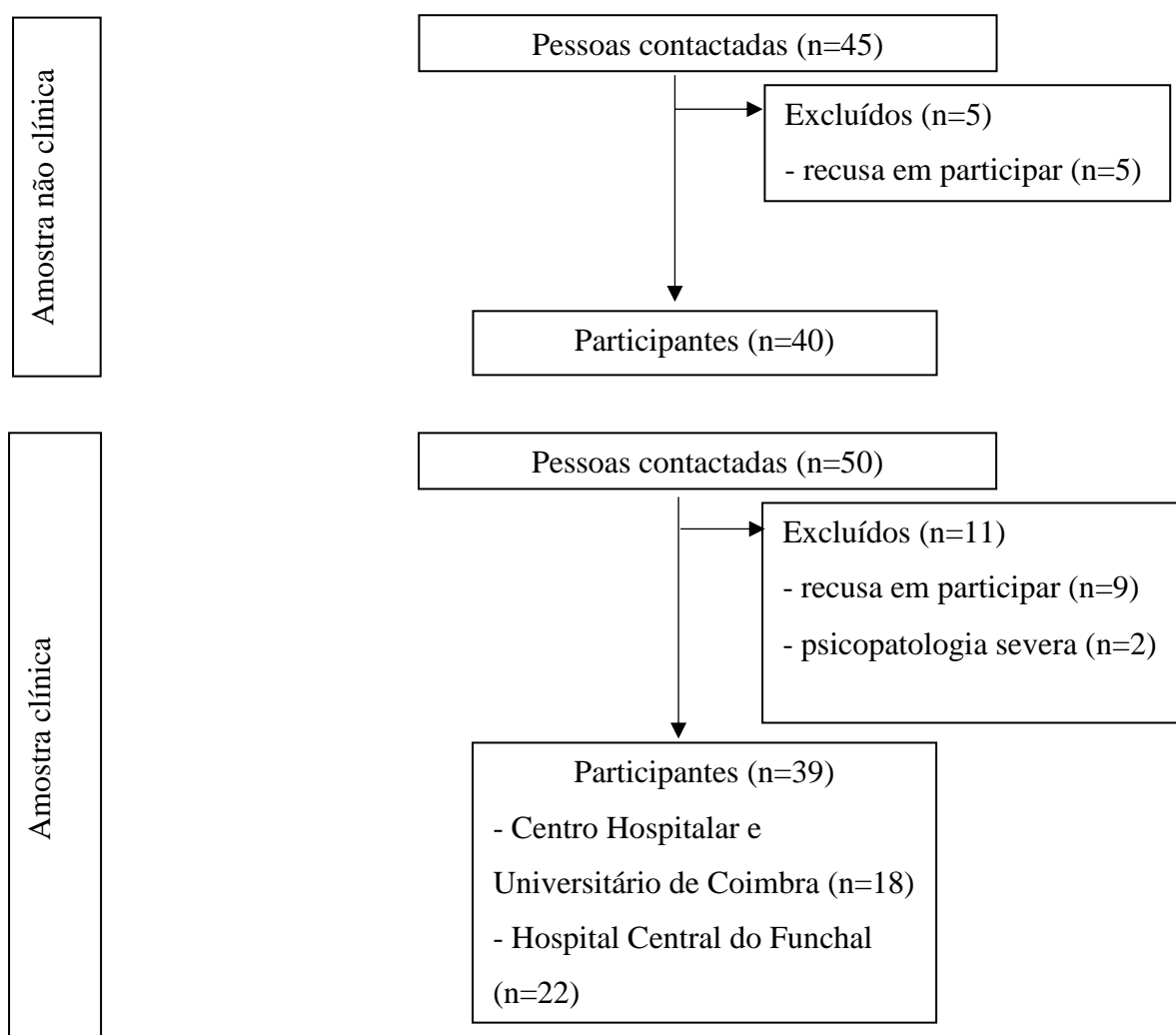


Tabela 1.  
*Caracterização das variáveis sociodemográficas*

	Amostra clínica			Amostra não clínica		
	<i>N</i>	<i>fr (%)</i>	<i>M(DP)</i>	<i>N</i>	<i>fr (%)</i>	<i>M(DP)</i>
<b>Sexo</b>		100%			100%	
Feminino	32	82,1%		33	82,5%	
Masculino	7	17,9%		7	17,5%	
<b>Idade</b>	39		57,33(13,43)	40		38,92(14,27)
<b>Estado Civil</b>						
Solteiro/a	7	17,9%		19	47,5%	
Casado/a ou em união de facto	21	53,8%		20	50,0%	
Divorciado/a ou separado/a	6	15,4%				
viúvo/a	5	12,8%		1	2,5%	
<b>Nível de Escolaridade</b>						
Sem escolaridade	4	10,3%				
1º e 2º Ciclos	9	23,1%		4	10,0%	
3º Ciclo	17	43,6%		2	5,0%	
Secundário	6	15,4%		3	7,5%	
Licenciatura ou equivalente	3	7,7%		24	60,0%	
Mestrado ou equivalente				5	12,5%	
Doutoramento ou equivalente				2	5,0%	
<b>Situação face ao Emprego</b>						
Trabalhador/a a tempo inteiro (por conta própria)	12	30,8%		2	5,0%	
Trabalhador/a a tempo inteiro (por conta de outrem)				23	57,5%	
Trabalhador/a a tempo parcial (por conta própria)	1	2,6%				
Trabalhador/a a tempo parcial (por conta de outrem)	2	5,1%				
Desempregado/a	5	12,8%				
Reformado/a	17	43,6%		3	7,5%	
Estudante	1	2,6%		11	27,5%	
Outro/a	1	2,6%		1	2,5%	

## Instrumentos

Os participantes de ambas as amostras deste estudo responderam a um questionário sociodemográfico (e.g. género, idade, estado civil, nível de escolaridade e situação face ao emprego) e a medidas de intensidade e interferência da dor (versão portuguesa do *Brief Pain Inventory*; (Cleeland & Ryan, 1994; Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, & Jensen, 2012), ansiedade e depressão (versão portuguesa do *Hospital Anxiety and Depression Scale*; (Zigmond & Snaith, 1983; Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses & Baltar, 2007)); catastrofização (versão portuguesa da *Pain Catastrophizing Scale*; (Sullivan, Bishop & Pivik, 1995; Azevedo, Pereira, Dias, Agualusa, Lemos, Romão & Castro-Lopes, 2007)) e crenças relacionadas com a dor (versão portuguesa experimental da versão de 35 itens da *Survey of Pain Attitudes*; (Jensen, Turner, & Romano, 2000; Ferreira-Valente et al., em preparação)).

**Brief Pain Inventory (BPI).** A intensidade e interferência da dor foram avaliadas através da versão portuguesa do BPI (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, & Jensen, 2012). Este inventário é composto por duas dimensões: intensidade da dor e interferência da dor. Os quatro itens que compõem a escala de intensidade de dor avaliam a intensidade da dor experimentada nas 24 horas anteriores no seu máximo, mínimo, em média e no momento atual, numa escala de tipo *likert* de 11 pontos, em que 0 corresponde a “sem dor” e 10 corresponde a “pior dor que se pode imaginar”. A escala de interferência da dor é composta por sete itens que avaliam a interferência da dor em sete atividades do quotidiano (e.g. atividade geral, humor, capacidade de caminhar, sono) ao longo de uma escala de tipo *likert* de 11 pontos, em que 0 significa “não interfere” e 10 significa “interfere completamente”. A pontuação compósita de ambas as dimensões é achada por meio do cálculo da média das pontuações reportadas nos quatro e sete itens que as compõem. Quanto mais altas as pontuações, mais alta será a intensidade e interferência da dor na vida do indivíduo. A versão portuguesa da escala de interferência da versão do BPI demonstrou ser válida e fiável (*ibidem*), apresentando uma excelente consistência interna ( $\alpha=0,91$ ), e a análise fatorial confirmatória confirmou a estrutura fatorial de um fator, à semelhança da versão original (Cleeland & Ryan, 1994). Ambas as dimensões demonstram uma excelente consistência interna (escala de intensidade da dor:  $\alpha=0,941$ ; escala de interferência da dor:  $\alpha=0,951$ ) na amostra deste estudo. Considera-se uma dor ligeira e intensidade da dor ligeira quando os valores estão entre (3,7 e 4,3); moderada quando os valores encontram-se entre (5,1 e 5,6) e grave quando estamos perante valores de (6,2 e 6,8). O mesmo acontece na interpretação da interferência da dor, considerando-se baixa (-0,519), moderada (0,500 e 0,679) e alta (+0,679) (Azevedo, et. al., 2012). Interferência e intensidade da dor moderada (0,47-0,65), interferência da dor alta (0,88-0,95) (Poquet & Lin, 2015).

**Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).** A ansiedade e depressão foram avaliadas através da versão portuguesa da HADS (Pais-Ribeiro et al., 2007). Esta escala é composta por 14 itens de tipo *likert* com quatro pontos, que compõem duas subescalas ou dimensões: uma relacionada com a avaliação da ansiedade (sete itens) e outra destinada a avaliar a depressão (sete itens). Ambas são compostas por sete itens e são cotadas em separado. As pontuações de ambas as dimensões variam entre 0 e 21: uma pontuação entre 0 e 7 corresponde a um nível de ansiedade/depressão normal; uma pontuação entre 8 e 10 corresponde a ansiedade/depressão ligeira; uma pontuação entre 11 e 14 corresponde a ansiedade/depressão moderada; e uma pontuação 15 e 21 corresponde a ansiedade/depressão grave (Pais-Ribeiro et al., 2007). Esta versão da escala demonstrou ser válida e fiável (ansiedade:  $\alpha=0,76$ ; depressão:  $\alpha=0,81$ ; *ibidem*). A escala demonstrou ter uma excelente consistência interna na amostra em estudo (ansiedade:  $\alpha=0,829$ ; depressão:  $\alpha=0,825$ ).

**Pain Catastrophizing Scale (PCS).** Esta escala, traduzida, adaptada culturalmente e validada para a população portuguesa por Azevedo e colaboradores (2007), é composta por 13 itens que descrevem um conjunto de pensamentos, perceções ou sentimentos associados à dor. Os respondentes são instruídos a indicar a frequência com que experimentam cada um desses pensamentos, perceções ou sentimentos numa escala de tipo *likert* com cinco ponto. Os itens desta escala compõem 3 dimensões ou subescalas: Ruminação/Obsessão associada à dor (quatro itens), Magnificação/Exagero na apreciação da ameaça que esta representa (três itens) e Desânimo que diz respeito à desvalorização da capacidade e dos recursos de gestão e controlo da experiência de dor (cinco itens). As pontuações das diferentes dimensões da PCS correspondem ao somatório dos itens que compõem cada dimensão. Pontuações mais elevadas indicam maior frequência de ruminação/obsessão, magnificação/exagero e desânimo (Ruminação (8), Magnificação (3), Desânimo (8) correspondem ao *percentil 50* e Ruminação (11), Magnificação (5), Desânimo (13) corresponde ao *percentil 75*) (Sullivan, Bishop & Pivik, 1995). Ambas, a escala original e a versão portuguesa, evidenciaram boas propriedades psicométricas (Sullivan, Bishop & Pivik, 1995; Azevedo *et al.*, 2007). As dimensões desta escala evidenciaram excelente consistência interna (ruminação/obsessão:  $\alpha=0,915$ ; magnificação/exagero:  $\alpha=0,859$ ; desânimo:  $\alpha=0,893$ ) na amostra deste estudo, quando comparados com os alfas de *Cronbach* no estudo original (Sullivan, Bishop & Pivik, 1995).

**Versão de 35 itens do Survey of Pain Attitudes (SOPA).** Este instrumento é uma das medidas mais utilizadas para avaliar as crenças relacionadas com a dor (Jensen, Turner, & Romano, 2000). É composto por 35 itens de tipo *likert* com 5 pontos que constituem as sete dimensões ou subescalas do SOPA (cinco itens por dimensão), a saber: Controlo (controlo sobre

a dor percebido), Incapacidade Funcional (perceção de si próprio como pessoa com incapacidade funcional), Dano Físico (crença de que a dor sinaliza dano ou de que a atividade causa dano ou lesão), Emoção (crença de que as emoções influenciam a experiência de dor), Medicação (crença de que o uso de medicação para controlar a dor é apropriado), Solicitude (crença de que, quando a pessoa tem dor, a solicitude dos familiares é apropriada) e Cura Médica (crença na cura médica da dor). A pontuação de cada dimensão deste instrumento é achada por meio do cálculo da média das pontuações reportadas nos itens que compõem cada dimensão. A versão de 35 itens original, desenvolvida por Jensen, Turner e Romano (2000) demonstrou ser válida e fiável numa amostra de 126 pessoas com dor crónica, com valores de consistência interna (alfa de *Cronbach*) a variar entre 0,66 (escala de Dano Físico) e 0,81 (escalas de Emoção e Solicitude). A versão portuguesa, utilizada neste estudo, é uma versão experimental, linguisticamente validada anteriormente, mas cuja validade e fiabilidade na população portuguesa se encontra atualmente ainda em estudo (Ferreira-Valente et al., em preparação). A consistência interna desta versão experimental, nesta amostra, variou entre 0,64 (para a escala Dano Físico) e 0,947 (para a escala Solicitude), à exceção da escala Cura Médica, que revelou uma consistência interna insatisfatória ( $\alpha=0,178$ ). Por esse motivo, esta escala (Cura Médica), foi excluída de todas as análises neste estudo.

## **Procedimento**

O estudo foi submetido a apreciação e aprovação da comissão de ética do Centro de Investigação do ISPA – Instituto Universitário (referência I/005/03/2018). Em conformidade com a Declaração de Helsínquia e com a Lei Geral de Proteção de Dados da União Europeia que substituiu a Diretiva de Proteção de Dados 95/46/EC, foi obtido o consentimento informado junto dos participantes do estudo para a participação no estudo, recolha e tratamento dos dados. A recolha dos dados decorreu entre maio e setembro de 2018.

Os utentes das consultas de dor das instituições supramencionadas foram convidados a participar no estudo por uma das investigadoras do estudo, tendo-lhes sido descritos os objetivos e procedimentos do estudo, e garantido o anonimato e confidencialidade dos dados. Após recolha do consentimento informado, os questionários do estudo foram preenchidos pelos participantes após a primeira consulta na unidade de dor, nas instalações da unidade de saúde onde eram acompanhados, ou, no caso dos utentes da Unidade de Dor do Hospital Central do Funchal, entre consultas, na sua residência. Os participantes da amostra não clínica foram convidados a participar no estudo por uma das investigadoras do estudo, após apresentação dos objetivos e procedimentos do mesmo e garantia do anonimato e confidencialidade dos dados.

Após recolha do consentimento informado, os questionários do estudo foram preenchidos pelos participantes na sua residência.

**Análise dos dados.** A análise dos dados obtidos foi efetuada com recurso ao programa de *software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 24. Com vista à caracterização da amostra do estudo, foram calculadas estatísticas descritivas para as variáveis sociodemográficas e outras variáveis do estudo (*e.g.*, frequência relativa, média, desvio padrão). A similitude das características sociodemográficas dos grupos clínico e não clínico foi avaliada através do teste do Qui Quadrado (no caso do sexo e estado civil), teste de *Wilcoxon-Mann-Whiney* (no caso do nível de escolaridade) e teste *t* de *Student* para amostras independentes (para a variável idade). A fim de comparar as amostras clínica e não clínica no que toca à intensidade e interferência da dor, níveis de ansiedade e depressão, e crenças relacionadas com a dor, foi utilizado o teste *t* de *Student* para amostras independentes. Os pressupostos do teste *t* de *Student* para amostras independentes foram avaliados através do teste de *Shapiro-Wilk*, inspeção dos valores de assimetria e curtose (com valores de  $|As| < 3$  e  $|Ku| < 10$ , a indicar ausência de violação severa do pressuposto da normalidade; (Kline, 2005; Marôco, 2010), e teste de *Levene*. No caso de violação do pressuposto da homogeneidade de variâncias, planeamos usar o teste *t* de *Student* com correção de *Welch* aos graus de liberdade. Foi considerado um nível de significância de 0,05.

## Resultados

### Caracterização clínica da amostra de pessoas portuguesas com dor crónica lombar ou devido a artrose

Com base no estudo realizado verificamos que, no que toca à etiologia da dor, as patologias musculoesqueléticas com maior prevalência nos casos diagnosticados são a osteoartrose (43,6%), a dor associada a trauma ou a fratura (12,8%) e a osteoporose (7,7%), lesão/doença no ombro (7,7%) ou no joelho (7,7%). Os restantes participantes desta amostra reportaram ter dor crónica lombar devido a outras patologias musculoesqueléticas.

As médias e desvios padrão para as variáveis do estudo na amostra clínica encontram-se descritas na Tabela 2. Como se pode ver, os participantes da amostra clínica reportam uma intensidade de dor ( $M=5,73$ ,  $DP=1,86$ ) e uma interferência da dor ( $M=5,62$ ,  $DP=2,21$ ) moderadas. Esta amostra reporta, em média, ansiedade ligeira ( $M=9,21$ ,  $DP=3,73$ ) e um nível de depressão dentro da normalidade ( $M=6,51$ ,  $DP=3,49$ ). No que toca à variável catastrofização, os valores médios para a escala da Ruminação ( $M=8,67$ ,  $DP=5,04$ ), integra o



percentil 50, a Magnificação ( $M=5,56$ ,  $DP=4,05$ ) está dentro do percentil 75 e o Desânimo ( $M=9,59$ ,  $DP=6,49$ ) encontra-se no percentil 75, o que pode ser indicador de que indivíduos com dor crónica apresentam maiores índices de magnificação e desânimo face à dor. As médias e desvios padrão relativas ao acordo dos participantes com as crenças Controlo ( $M=1,99$ ,  $DP=1,08$ ), Incapacidade Funcional ( $M=1,95$ ,  $DP=0,988$ ), Dano Físico ( $M=2,14$ ,  $DP=1,036$ ), Emoção ( $M=2,70$ ,  $DP=0,920$ ), Medicação ( $M=3,32$ ,  $DP=0,539$ ), Solicitude ( $M=1,96$ ,  $DP=1,37$ ) e Cura médica ( $M=1,88$ ,  $DP=0,693$ ) (cf. Tabela 2).

### **Comparação das amostras clínica e não clínica quanto à dor, ansiedade, depressão e crenças relacionadas com a dor**

De modo a verificar a homogeneidade da variância e a existência de eventuais diferenças na dor, ansiedade, depressão e crenças relacionadas com a dor reportadas pela amostra clínica e pela amostra não clínica, recorreremos ao Teste t-Student para amostras independentes. Os pressupostos da normalidade e da homogeneidade das variâncias foram avaliados, respetivamente, através do teste Shapiro-Wilk e do teste de Levene. Não se verificou o pressuposto da Normalidade ( $KS\ p < 0,005$ ) para ambos os grupos, uma vez que ao compararmos os grupos verificamos desvios ao nível da curtose nas crenças relacionadas com a dor, no grupo clínico referentes à Medicação ( $Sk=-1,056$ ,  $Ku=1,240$ ) e à Depressão ( $Sk=0,488$ ,  $Ku=1,044$ ). No grupo não clínico, os desvios foram registados ao nível da assimetria nas dimensões da Solicitude ( $Sk=1,206$ ,  $Ku=0,793$ ) e na Interferência da dor ( $Sk=1,178$ ,  $Ku=1,200$ ). Contudo, estes valores de assimetria e da curtose não revelaram uma violação severa deste pressuposto ( $Sk < 1$  e  $Ku < 1$ ) para ambos os grupos. Todas as análises estatísticas realizadas foram efetuadas através do *software* SPSS Statistics (v.24) e consideram-se os resultados estatisticamente significativos com  $p < 0,005$ .

Quando comparados os grupos quanto às variáveis em estudo verificamos que, tendencialmente os indivíduos pontuam mais elevado nas dimensões da PCS apresentando valores estatisticamente significativos para a Ruminação ( $t=19,01$ ,  $p=0,000$ ), para a Magnificação ( $t=34,38$ ,  $p=0,000$ ) e para o Desânimo ( $t=23,86$ ,  $p=0,000$ ), o que poderá sugerir que indivíduos com maiores níveis de dor catastrofizam também mais a dor (cf. Tabela 2).

Através do teste t-Student foi possível validar os pressupostos da homocedasticidade com o teste de Levene, para as escalas da Magnificação ( $Z=28,197$ ;  $p=0,000$ ;  $t=3,504$ ; I.C. de 95% ]1,107, 4,022[ e do Desânimo ( $Z=18,670$ ;  $p=0,000$ ;  $t=4,389$ ; I.C. de 95% ]2,871, 7,642[. A fim de verificar a normalidade da variância recorreremos ao uso do teste de Shapiro-Wilk, para tal e com base nos resultados obtidos verificamos diferenças estatisticamente

significativas ( $p < 0,005$ ) entre os grupos, ao nível da Interferência da dor ( $t = 0,875$ ,  $p = 0,001$ ), Depressão ( $t = 0,875$ ,  $p = 0,001$ ), Incapacidade Funcional ( $t = 0,905$ ,  $p = 0,004$ ), Emoção ( $t = 0,866$ ,  $p = 0,000$ ) e Solicitude ( $t = 0,790$ ,  $p = 0,000$ ) para a amostra não clínica, bem como na Magnificação da dor ( $t = 0,872$ ,  $p = 0,000$ ), na Emoção ( $t = 0,864$ ,  $p = 0,000$ ) e na Medicação ( $t = 0,912$ ,  $p = 0,004$ ) para a amostra clínica.

Tabela 2.

*Caracterização clínica das amostras clínica e não clínica quanto à dor, ansiedade, depressão e crenças relacionadas com a dor*

Variáveis	Amostra Clínica			Amostra Não Clínica			Comparação entre os grupos	
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>T</i>	<i>p</i>
<b>BPI Intensidade da dor</b>	39	5,73	1,86	40	3,64	2,10	0,282	0,597
<b>BPI Interferência da dor</b>	39	5,62	2,21	40	1,66	1,69	2,59	0,112
<b>HADS Ansiedade</b>	39	9,21	3,73	40	7,62	3,59	0,031	0,860
<b>HADS Depressão</b>	39	<b>6,51</b>	<b>3,49</b>	40	<b>3,15</b>	<b>2,75</b>	<b>4,49</b>	<b>0,038</b>
<b>PCS Ruminação</b>	39	<b>8,67</b>	<b>5,04</b>	40	<b>3,62</b>	<b>2,69</b>	<b>19,01</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>PCS Magnificação</b>	39	<b>5,56</b>	<b>4,05</b>	40	<b>2,79</b>	<b>2,13</b>	<b>34,38</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>PCS Desânimo</b>	39	<b>9,59</b>	<b>6,49</b>	40	<b>3,74</b>	<b>3,27</b>	<b>23,85</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>SOPA Controlo</b>	39	<b>1,99</b>	<b>1,08</b>	40	<b>2,81</b>	<b>0,750</b>	<b>6,66</b>	<b>0,012</b>
<b>SOPA Incapacidade Funcional</b>	39	<b>1,95</b>	<b>0,988</b>	40	<b>0,937</b>	<b>0,737</b>	<b>4,95</b>	<b>0,029</b>
<b>SOPA Dano Físico</b>	39	2,14	1,036	40	1,61	0,842	1,59	0,211
<b>SOPA Emoção</b>	39	<b>2,70</b>	<b>0,920</b>	40	<b>2,24</b>	<b>1,22</b>	<b>4,29</b>	<b>0,042</b>
<b>SOPA Medicação</b>	39	3,32	0,539	40	2,39	0,715	3,90	0,052
<b>SOPA Solicitude</b>	39	1,96	1,37	40	0,832	1,07	3,51	0,065
<b>SOPA Cura Médica</b>	39	1,88	0,69	40	1,96	0,604	0,30	0,588

Notas.  $p < 0,005$  (estatisticamente significativo)

Quando comparados os grupos, a amostra clínica registou valores médios superiores em todas as variáveis, o que pode sugerir que utentes com dor crónica possam estar mais conscientes da intensidade da dor no seu dia-a-dia, da interferência da dor nas suas atividades e funcionalidade, estejam mais suscetíveis ao aparecimento de pensamentos ruminativos, exagerando de certo modo na apreciação que fazem da sua dor, percecionando-a tendencialmente de forma negativa referindo-a com desânimo. O mesmo grupo clínico evidencia também maiores níveis de ansiedade e depressão (ligeira, moderada, grave) quando comparado com o grupo de controlo, podendo suscitar maior vulnerabilidade psicológica e elevada predisposição para o desenvolvimento de uma perturbação de humor, emocional ou ansiosa.

Considerando os presentes resultados deste estudo podemos constatar que, os indivíduos que compõem a amostra não clínica têm maior tendência para exagerarem na apreciação da ameaça que a dor lhes possa causar, sendo que os indivíduos do grupo clínico evidenciam maioritariamente a componente emocional como a mais afetada ao longo do processo de dor crónica, representada sobretudo por sintomatologia depressiva.

Quanto às crenças, atitudes face à dor verificamos através dos resultados obtidos neste estudo que indivíduos com dor crónica apresentam maiores valores médios em dimensões como a Capacidade Funcional ( $M=1,95$ ), Dano Físico ( $M=2,14$ ), Emoção ( $M=2,70$ ), Medicação ( $M=3,32$ ) e Solicitude ( $M=1,96$ ), o que pode levar a considerar que estes indivíduos valorizam mais o impacto da incapacidade e intensidade da dor nas suas incapacidades funcionais; os danos físicos que surgiram na sequência da dor; as emoções, evidenciando ou estando mais conscientes e alertados para o aparecimento de emoções negativas (e.g. medo, ansiedade, tristeza); recorram mais à medicação com o intuito de aliviar a dor e potenciar maior qualidade de vida e funcionalidade; e estejam igualmente mais atentos aos cuidados que lhes são prestados, sendo que por vezes estão incapacitados de realizar as suas tarefas diárias e passam a depender de terceiros (*cf.* Tabela 2).

## Discussão

O objetivo desta investigação é caracterizar a amostra de pessoas portuguesas com dor crónica lombar ou artrose acompanhadas na consulta de dor de diferentes instituições de saúde de Portugal (amostra clínica) quanto à intensidade e interferência da dor experimentadas nas 24 horas anteriores, ansiedade, depressão e crenças relacionadas com a dor (e.g. catastrofização, controlo percebido sobre a dor, percepção de si próprio como pessoa com incapacidade funcional, crença na cura médica da dor); e (b) comparar a amostra de pessoas portuguesas com dor crónica lombar ou artrose com uma amostra de pessoas da população em geral não seguidas em consulta de dor de qualquer instituição de saúde (amostra não clínica) quanto à dor experimentada (intensidade e interferência), ansiedade, depressão e crenças relacionadas com a dor. Neste sentido e de modo a responder ao objetivo do presente estudo concluímos que, trata-se de um estudo pioneiro no sentido de avaliar simultaneamente todas as variáveis acima descritas e relacioná-las com a dor, em utentes com dor crónica. De destacar o facto de ser cada vez mais premente e fundamental discutir a dor crónica nas suas diferentes vertentes.

Com base nos resultados obtidos verificamos que indivíduos diagnosticados com dor crónica apresentam valores superiores na maioria das variáveis em estudo quando relacionadas com a dor, o que nos leva a identificar que estamos perante uma população clínica com diagnóstico de dor crónica, sobretudo lombar ou artrose com características particulares, que tendencialmente valorizam mais as crenças e as percepções acerca da dor, através de pensamentos ruminativos, magnificação e desânimo resultantes da própria experiência de dor, o que os torna mais vulneráveis ao aparecimento de sintomatologia depressiva ou ansiosa, aumento das crenças e atitudes face à dor (e.g. emoção, solicitude, medicação, capacidade funcional e dano físico), em comparação com os indivíduos da amostra não clínica que em contrapartida apresentam níveis mais elevados no domínio do controlo da dor e nos cuidados médicos.

Considerando os tipos de dor crónica existentes concluímos que, as causas mais frequentemente mencionadas advêm de lombalgias crónicas, fibromialgias, osteoartrose, cefaleias e artrite reumatoide (Breivik et al., 2006). Em Portugal, as doenças musculoesqueléticas, nomeadamente a dor lombar crónica ocupam um lugar de destaque (42%), seguindo-se as dores nos membros inferiores e nos joelhos (Azevedo et al., 2012). No entanto, na presente amostra, a prevalência da dor centra-se na osteoartrose (43,6%), a dor associada a trauma ou a fratura (12,8%), osteoporose (7,7%) e lesão/doença no ombro ou no joelho (7,7%).

Os resultados obtidos neste estudo vão de encontro ao que a literatura refere sobre aquilo que tem sido alvo de estudo e avaliação com amostras clínicas diagnosticadas com problemas

de dor crónica em que, por norma os problemas de saúde coexistem e contribuem para a perda do funcionamento físico e consequente aumento do risco de hospitalização, risco de morte prematura, sintomatologia depressiva e recurso a medicação, diminuindo a qualidade de vida e bem-estar e aumentando os custos de saúde (Jank, Gallee, Boeckle, Fiegl & Pieh, 2017).

Na perspetiva de Generaal, Vogelzangs, Penninx e Dekker (2017), os sintomas depressivos podem ter impacto na dor através da sua interação mútua e da existência de mecanismos de aumento da excitação fisiológica ou cognitiva e da diminuição da atividade física. Em comparação com outros indivíduos que sofrem de doenças crónicas, os utentes com problemas musculoesqueléticos referem menor qualidade de vida, estando perante uma dor comum, multicausal e altamente incapacitante (Generaal, Vogelzangs, Penninx & Dekker, 2017; Sutton & Opp, 2014).

Os fatores psicológicos, comportamentais e as variáveis psicossociais têm um papel relevante na perceção da dor e nas reações dos indivíduos, interferindo na neuromodulação central dos estímulos aferentes (Perissinotti & Portnoi, 2016). Assim e com base no presente estudo verificamos que, a atribuição de crenças desadaptativas ou disfuncionais/erróneas acerca da dor, os pensamentos ruminativos, de magnificação e desânimo podem contribuir para a catastrofização da dor, apontada como um preditor psicológico importante, e constituir um fator de stresse perante a condição dolorosa, aumentando o medo e o consequente evitamento na realização de tarefas de vida diárias, o absentismo laboral, a perda da capacidade funcional, despoletando emoções mais negativas e amplificando a intensidade e interferência da dor.

Dados recentes de uma revisão sistemática da literatura apontam para a existência de uma associação entre os resultados negativos relativos à dor, nomeadamente a intensidade da dor, a incapacidade e a utilização/recurso a serviços de saúde e níveis mais altos de dor/catastrofização (Hall, Kamper, Emsley & Maher, 2016). Destacamos o facto de, pesquisas científicas atuais terem como intuito a identificação dos indicadores de risco, através da promoção da saúde e recuperação dos pacientes com lombalgia aguda, evitando a cronificação da dor através da otimização dos tratamentos, com recurso a uma intervenção psicológica com impacto positivo na compreensão e tratamento do utente com dor, bem como na forma como este comunica os seus comportamentos e pensamentos (Wertli, et. al., 2014; Perissinotti & Portnoi, 2016).

As mulheres são o género que evidencia maiores problemas de dor musculoesquelética, sendo frequentemente detetadas alterações na perceção da dor em indivíduos com síndrome de sensibilização central, que inclui dor lombar crónica, fibromialgia, síndrome da fadiga crónica, cefaleias, disfunção da articulação temporomandibular e dor crónica generalizada (Marques,

et.al., 2017). Contudo existe pouca evidência científica que procure estudar a relação entre o género e o aparecimento de dores musculoesqueléticas, nomeadamente dor lombar.

Este estudo veio elucidar nos da importância da intervenção psicológica como elemento integrativo de um modelo de tratamento abrangente, multidisciplinar e transformador não só enquanto parte do tratamento mas também na prevenção, na medida em que se torna evidente o papel que as variáveis em estudo têm na qualidade de vida dos utentes com dor crónica e, particularmente na forma como estes percebem a dor. As variadas relações existentes entre as medidas estudadas demonstram a sua influência de diferentes formas, alertando para o facto de que se queremos compreender a intensidade de dor referida pelo doente, então temos de perceber de que forma outro tipo de sintomatologia pode estar a interferir com a sua queixa de dor, tendo em consideração para além de outras dimensões o seu carácter fisiológico. Este modelo de intervenção permite ao indivíduo com dor crónica uma adequada adaptação ao tratamento à sua condição de dor, estando adaptado às suas necessidades e procurando dar resposta às dificuldades que resultam da experiência de dor, nomeadamente a qualidade de vida e bem-estar; a intensidade e a interferência da dor; a capacidade funcional; as emoções (e.g. medo); o controlo e a autogestão dos pensamentos e comportamentos; as comorbilidades psiquiátricas (e.g. ansiedade e depressão) e os problemas psicossociais que podem agravar negativamente, o curso da doença, a adaptação dos pacientes e as respostas ao tratamento, em detrimento da utilização de terapias farmacológicas que possam causar dependência (Turk, et. al., 2011). Assim é essencial entender se o significado dos sintomas no contexto em que ocorrem e ser tolerante quanto à expressão das queixas. As posturas negativas devem ser flexibilizadas e evitadas o quanto possível, tendo como intuito o seu uso no âmbito da intervenção terapêutica, a fim de descobrir de forma eficaz e rápida as melhores estratégias e adequá-las às necessidades e objetivos dos utentes (Perissinotti & Portnoi, 2016).

As piores práticas de estilo de vida como fumar mais, comer menos, sobrepeso/obesidade, menor atividade, problemas de sono, stresse e ansiedade estão associadas, maioritariamente a indivíduos com problemas mentais, tal como o desenvolvimento de queixas de dores musculoesqueléticas crónicas, nomeadamente dor com a agravante dos sintomas depressivos, ansiosos e do stresse. Salientamos que, os sintomas depressivos têm impacto negativo no surgimento da dor lombar, nomeadamente na fase aguda e consequente agravamento e cronicidade da dor. De modo a potenciar a melhoria da autoeficácia funcional, o controlo da resiliência e a gestão de recursos para a sua recuperação a curto e a longo prazos permite aumentar o resultado terapêutico prevenindo as recaídas, sendo recomendada a

implementação de estratégias para melhorar a capacidade mental do paciente face ao seu problema musculoesquelético (Dean & Söderlund, 2015).

Neste sentido, os resultados do estudo apresentado demonstram a extrema importância de avaliar e intervir nestas áreas, por exemplo através da intervenção cognitivo-comportamental e/ou medicação, de forma a modificar o modo como a dor é processada e modulada pelas vias aferentes. De salientar que, a recuperação da funcionalidade dos utentes constitui o objetivo principal de qualquer intervenção, tendo como base na generalidade dos casos o suporte social, um elemento fundamental na vida de alguém que vive com dor, promovendo e conservando a autonomia e independência (Wertli, et al., 2014). De modo a que o utente possa ultrapassar as barreiras causadas pela incapacidade funcional associada à dor crónica e se vá adaptando. Todavia, o suporte social disponível pode não ser prestado pelas redes informais (e.g. familiares e amigos), mas pelas redes formais terapêuticas (e.g. centros de dia, clínicas).

A TCC foca-se, essencialmente na redução da dor e descentralização psicológica com base na modificação das sensações físicas, pensamento catastrófico ou até mesmo dos comportamentos mal adaptativos (Borges, Luiz & Domingos, 2009). Tendo em linha de conta, que as pessoas desenvolvem crenças acerca da dor que experienciam, sobretudo sobre a evolução, causas da dor, a possibilidade de ser curável ou não, se está a ser bem compreendida pelos médicos, tratamentos mais relevantes ou até mesmo fatores de manutenção (Salveti & Pimenta, 2004). Desta feita, as crenças assumem um papel pertinente, tanto na perceção da própria dor como na adesão ao tratamento. Porém, apesar das pesquisas realizadas apontarem para uma maior evidência da TCC no tratamento de pessoas com dor crónica e na diminuição da catastrofização das mesmas face à dor ainda não está definida qual a melhor intervenção no tratamento/diminuição dos níveis de catastrofização neste grupo de indivíduos, tendo em consideração que diferentes intervenções produzem benefícios distintos no mesmo tipo de dor e que nem todos os pacientes respondem favoravelmente a este tipo de terapia, tendo surgido como alternativa as terapias de 3ª Geração, nomeadamente a terapia da aceitação e do compromisso (ACT – Acceptance and Commitment Therapy), que visa consciencializar e aceitar sem julgamento todas as experiências, quer sejam positivas ou negativas; o *Mindfulness*; *Biofeedback*; Realidade Virtual (Schütze, et. al., 2017; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999).

Abordagens multidisciplinares têm demonstrado maior eficácia na mudança comportamental dos estilos de vida, focando-se na prevenção e controlo da dor crónica como mecanismo de ação na adaptação dos comportamentos, de modo a contribuir e alcançar a recuperação física e funcional dos indivíduos. Destacando-se a relação existente entre os estilos de vida comuns (e.g. tabagismo, dieta, peso corporal, sono, qualidade e stresse) e a atividade

física e os sinais e sintomas musculoesqueléticos, de modo particular a dor e seus antecedentes (e.g. inflamação) (Dean & Söderlund, 2015).

Num estudo de meta-análise com intervenções psicológicas para a dor crónica lombar verificou-se melhorias evidentes em domínios como a intensidade e interferência da dor, qualidade de vida e depressão, destacando a TCC como modelo de intervenção terapêutico (Fishbain, 1997 cit. por Ellegaard & Pedersen, 2012). Contudo, salientamos que, cerca de 90% dos pacientes com dor crónica usam ou já usaram pelo menos uma forma complementar de tratamento com recurso à medicina alternativa, refletindo uma reduzida eficácia e consequente desilusão dos doentes face à medicina tradicional. Conquanto, a medicina alternativa requer tratamentos e intervenções regulamentadas que permitam uma maior consistência e qualidade dos dados, a fim de serem utilizadas em eventuais estudos científicos.

Em termos de limitações ao estudo referimos (a) o facto de não ter sido controlada a interferência de possíveis variáveis parasita (luz, temperatura, ruído, nível de dor); (b) nem todos os indivíduos da amostra clínica terem sido abordados após a 1ª consulta na Unidade de Dor, fazendo com que nem todos estivessem na mesma situação no momento do preenchimento dos instrumentos de avaliação (avaliação, intervenção, recaída); (c) ser uma amostra reduzida e pouco representativa da população portuguesa com problemas de natureza musculoesquelética (dor crónica lombar ou dor devido a artrose); (d) não saber detalhadamente se as pessoas que integraram a amostra não clínica (grupo de controlo) tinham diagnóstico de dor; (e) diversidade de idades (20-79 anos), também pode constituir de certo modo uma limitação ao estudo, na medida em que existe um intervalo considerável entre as idades dos pacientes; (f) serem sobretudo indivíduos do sexo feminino, o que prediz vários fatores, são as mulheres a apresentarem maiores níveis de dor e problemas musculoesqueléticos de dor crónica lombar e artroses, maiores níveis de intensidade e interferência da dor experimentadas nas 24 horas anteriores, ansiedade, depressão e crenças relacionadas com a dor (e.g. catastrofização, controlo percebido sobre a dor, perceção de si próprio como pessoa com incapacidade funcional, crença na cura médica da dor); são as mulheres, o género mais vulnerável ao aparecimento destes problemas de dor crónica e estando mais conscientes dos fatores de vulnerabilidade e das comorbilidades psicológicas adjacentes e do impacto das suas atividades laborais e domésticas reportam maiores níveis de dor e recorrem mais vezes aos serviços de saúde; ou são os homens, indivíduos menos recetivos a expor os seus problemas e recorrem muito menos aos serviços de saúde com queixas de dor, não identificando impacto de maior do seu dia-a-dia nem na sua capacidade funcional; (g) Diversidade no diagnóstico e etiologia da dor, sendo mais prevalente através dos dados obtidos (osteoartrose, dor associada a trauma ou a fratura, osteoporose,



lesão/doença no ombro ou no joelho); (h) Dimensão do questionário, sendo que apesar dos indivíduos terem-no preenchido de forma autónoma queixaram-se da densidade das questões e do prolongamento do questionário.

Em jeito de conclusão, este estudo pretende ser mais um ponto de partida para a realização de futuros estudos, com amostras mais alargadas que possam integrar mais variáveis (e.g. *coping*, distresse psicológico, entre outras), tendo em consideração têm sido feitos estudos que pretendem avaliar e destacar os efeitos do tratamento cognitivo-comportamental e da fisioterapia ativa em pacientes com dor e/ou incapacidades. As análises subjacentes dão conta de efeitos positivos na catastrofização da dor, aquando da utilização de intervenções cognitivas e não cognitivas (Wertli, et al., 2014).

A dor crónica e a sua prevenção são, sem dúvida, uma das preocupações atuais dos responsáveis pela promoção de saúde, como é possível verificarmos através dos dados apresentados pelo Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (2013), em que é posta em evidência a importância de se compreender a dor como um “*quinto sinal vital*” (Direção Geral de Saúde, 2008), destacando a urgência em controlá-la e em proporcionar aos doentes um tratamento distinto, por forma a contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e para a gestão dos custos associados. Como resultado, torna-se urgente a revisão das orientações técnicas associadas ao tratamento da dor crónica, no sentido de incluir as conclusões deste e de outros estudos multidisciplinares, tal como avaliar a forma como estão a ser aplicadas no terreno e a sensibilizar os profissionais de saúde, de modo a que possam facultar as respostas adequadas a cada situação.

Como diretrizes de futuro, consideramos pertinente alertar para o facto de, existir pouca evidência científica que procure relacionar as variáveis catastrofização, intensidade e interferência da dor, bem como a ansiedade e depressão em pacientes com dor crónica e que procure avaliar as crenças, os comportamentos, os pensamentos e as emoções numa perspetiva biopsicossocial (domínios cognitivo, comportamental e biológico) sobretudo em mulheres com dor crónica e sensibilização central, de modo a relacionar com as componentes biopsicossociais da dor, uma vez que os fatores psicossociais desadaptativos contribuem para o retardar do processo de identificação e consequente intervenção (Marques, et. al., 2017).

Os avanços científicos têm trilhado um caminho para futuras pesquisas e fornecem utilidade adicional para a prevenção da dor e organização clínica, através da criação de estratégias de suporte da dor. Por este motivo, a identificação precoce dos indivíduos com mecanismos desadequados de suporte da dor, que valorizem pensamentos ruminativos de ampliação e desamparo acerca da dor, conduzem a intervenções que visam o evitamento e

desenvolvimento de situações dolorosas. Além disso, o aumento do conhecimento sobre as influências compartilhadas entre a catastrofização da dor e a dor crónica potenciam mais um passo na compreensão dos mecanismos subjacentes às diferenças individuais dos fenótipos. Novas investigações apontam para a identificação de experiências ambientais específicas, em que serão estudadas as variações específicas do ADN, revelando factos importantes sobre ambos os fenótipos e possíveis alvos terapêuticos (Ogata, Williams & Burri, 2017).

Em suma, é imperativo apostar na prevenção e no diagnóstico precoce, principalmente no atual contexto de fortes restrições orçamentais porque passa o país, tendo em consideração que todo o investimento que se faça neste domínio contribuirá para o evitamento do desequilíbrio no acesso aos cuidados de saúde, de modo a possibilitar que todos os doentes com dor crónica tenham uma resposta melhor, atempada e um acompanhamento efetivo por parte dos serviços de saúde, composto por benefícios diretos nas suas atividades e qualidade de vida.

### Referências

- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *The Journal of Pain*, 13(8), 773-783. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.05.012>
- Azevedo, L. F., Pereira, A. C., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., Romão, J., & Castro-Lopes, J. M. (2007). Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. *Dor*, 15, 6-37.
- Borges, C. S., Luiz, A. M. A. G., & Domingos, N. A. M. (2009). Intervenção cognitivo-comportamental em estresse e dor crônica. *Arq Ciênc Saúde*, 16(4), 181-6.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-333. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Burton, A. K., Tillotson, K. M., Main, C. J., & Hollis, S. (1995). Psychosocial predictors of outcome in acute and subchronic low back trouble. *Spine*, 20(6), 722-728.
- Campbell, C. M., Buenaver, L. F., Finan, P., Bounds, S. C., Redding, M., McCauley, L., Robinson, M., Edwards, R. R., & Smith, M. T. (2015). Sleep, pain catastrophizing, and central sensitization in knee osteoarthritis patients with and without insomnia. *Arthritis Care & Research*, 67(10), 1387-1396. <https://doi.org/10.1002/acr.22609>
- Castro, M., Daltro, C., Kraychete, D. C., & Lopes, J. (2012). The cognitive behavioral therapy causes an improvement in quality of life in patients with chronic musculoskeletal pain. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 70(11), 864-868. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2012001100008>
- Cleeland, C. S., & Ryan, K. M. (1994). Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Annals, Academy of Medicine, Singapore*.
- Davis, L. L., Kroenke, K., Monahan, P., Kean, J., & Stump, T. E. (2016). The SPADE symptom cluster in primary care patients with chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 32(5), 388. doi:10.1097/AJP.0000000000000286
- Dean, E., & Söderlund, A. (2015). What is the role of lifestyle behaviour change associated with non-communicable disease risk in managing musculoskeletal health conditions with special reference to chronic pain?. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 16(1), 87. <https://doi.org/10.1186/s12891-015-0545-y>
- Deer, T. R., Skaribas, I. M., Haider, N., Salmon, J., Kim, C., Nelson, C., Tracy, J., Espinet, A., Lininger, T. E., Tiso, R., Archacki, M. A., & Washburn, S. N. (2014). Effectiveness of

- cervical spinal cord stimulation for the management of chronic pain. *Neuromodulation: Technology at the Neural Interface*, 17(3), 265-271. <https://doi.org/10.1111/ner.12119>
- Direcção Geral de Saúde (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Disponível em: [www.efic.org/declarationonpain.html](http://www.efic.org/declarationonpain.html)
- Ellegaard, H., & Pedersen, B. (2012). Stress is dominant in patients with depression and chronic low back pain . A qualitative study of psychotherapeutic interventions for patients with nonspecific low back pain of 3 – 12 months' duration. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13:116. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/13/166/>
- Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2014). Associations between psychosocial factors and pain intensity, physical functioning, and psychological functioning in patients with chronic pain: a cross-cultural comparison. *The Clinical Journal of Pain*, 30(8), 713-723. doi: 10.1097/AJP.0000000000000027
- Figueiredo, V. F., Pereira, L. S. M., Ferreira, P. H., de Moraes Pereira, A. M., , & de Amorim, J. S. C. (2017). Incapacidade funcional, sintomas depressivos e dor lombar em idosos. *Fisioterapia em Movimento*, 26(3). <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502013000300008>
- Furnes, B., Natvig, G. K., & Dysvik, E. (2014). Therapeutic elements in a self-management approach: experiences from group participation among people suffering from chronic pain. *Patient Preference and Adherence*, 8, 1085. <https://doi.org/10.2147/PPA.S68046>
- Geneen, L. J., Martin, D. J., Adams, N., Clarke, C., Dunbar, M., Jones, D., McNamee, P., Schofield, P., & Smith, B. H. (2015). Effects of education to facilitate knowledge about chronic pain for adults: a systematic review with meta-analysis. *Systematic Reviews*, 4(1), 132. <https://doi.org/10.1186/s13643-015-0120-5>
- Generaal, E., Vogelzangs, N., Penninx, B. W., & Dekker, J. (2017). Insomnia, sleep duration, depressive symptoms, and the onset of chronic multisite musculoskeletal pain. *Sleep*, 40(1). <https://doi.org/10.1093/sleep/zsw030>
- Goucke, C. R. (2003). The management of persistent pain. *Medical Journal of Australia*, 178(9), 444-447.
- Hall, A. M., Kamper, S. J., Emsley, R., & Maher, C. G. (2016). Does pain-catastrophising mediate the effect of tai chi on treatment outcomes for people with low back pain?. *Complementary Therapies in Medicine*, 25, 61-66. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2015.12.013>
- Hayes S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press

- Jank, R., Gallee, A., Boeckle, M., Fiegl, S., & Pieh, C. (2017). Chronic pain and sleep disorders in primary care. *Pain Research and Treatment*. <https://doi.org/10.1155/2017/9081802>
- Kislaya, I., & Neto, M. (2017). *Caracterização sociodemográfica da prevalência da dor lombar crónica autorreportada na população residente em Portugal através do Inquérito Nacional de Saúde, 2014*. Artigos breves, boletim epidemiológico, número 8.
- Kjøgx, H., Kasch, H., Zachariae, R., Svensson, P., Jensen, T. S., & Vase, L. (2016). Experimental manipulations of pain catastrophizing influence pain levels in patients with chronic pain and healthy volunteers. *Pain*, 157(6), 1287-1296. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000519
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. Fourth Edition. New York: The Guilford Press.
- Lintona, S. J., Buer, N., Samuelsson, L., & Harms-Ringdahl, K. (2010). Pain-related fear, catastrophizing and pain in the recovery from a fracture. *Scandinavian Journal of Pain*, 1(1), 38-42. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2009.09.004>
- Louw, A., Diener, I., Butler, D. S., & Puentedura, E. J. (2011). The effect of neuroscience education on pain, disability, anxiety, and stress in chronic musculoskeletal pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(12), 2041-2056. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.07.198>
- Macfarlane, G. J., Beasley, M., Prescott, G., McNamee, P., Keeley, P., Artus, M., McBeth, J., Hannaford, P., Jones, G. T., Basu, N., Norrie, J., & Lovell, K. (2016). The Maintaining Musculoskeletal Health (MAMMOTH) Study: Protocol for a randomised trial of cognitive behavioural therapy versus usual care for the prevention of chronic widespread pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 17(1), 179. <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1037-4>
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- Marques, E. S., Meziat Filho, N. A. M., Gouvea, M. E. R., Ferreira, P. D. S., & Nogueira, L. A. C. (2017). Functionality, psychosocial factors and quality of life in women with predominance of central sensitization. *Revista Dor*, 18(2), 112-118. <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20170023>
- McAndrew, L. M., Helmer, D. A., Lu, S. E., Chandler, H. K., Slotkin, S., & Quigley, K. S. (2018). Longitudinal relationship between onset of physical symptoms and functional impairment. *Journal of Behavioral Medicine*, 1-8. <http://doi.org/10.1007/s10865-018-9937-4>

- Merskey, H. E. (1986). Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*, 3.
- Navega, M. T. (2011). Efeitos da terapia manual de Maitland em pacientes com lombalgia crônica. *Terapia Manual*, 450-456.
- Nolan, D., O'Sullivan, K., Stephenson, J., O'Sullivan, P., & Lucock, M. (2018). What do physiotherapists and manual handling advisors consider the safest lifting posture, and do back beliefs influence their choice? *Musculoskeletal Science and Practice*, 33, 35-40. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2017.10.010>
- Ogata, S., Williams, F., & Burri, A. (2017). Genetic factors explain the association between pain catastrophizing and chronic widespread pain. *The Journal of Pain*, 18(9), 1111-1116. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.04.010>
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>
- Perissinotti, D. M. N., & Portnoi, A. G. (2016). Psychobehavioral and psychosocial aspects of neuropathic pain patients. *Revista Dor*, 17, 79-84. <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160055>
- Salveti, M. G. & Pimenta, C. A. M. (2007). Dor crônica e a crença de auto-eficácia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(1), 135-140.
- Schütze, R., Rees, C., Smith, A., Slater, H., Campbell, J. M., & O'Sullivan, P. (2017). How can we best reduce pain catastrophizing in adults with chronic non-cancer pain? A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Pain*. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.09.010>
- Shah, S. G., & Kage, V. (2016). Effect of seven sessions of posterior-to-anterior spinal mobilisation versus prone press-ups in non-specific low back pain—randomized clinical trial. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*, 10(3), YC10. DOI: 10.7860/JCDR/2016/15898.7485
- Shigetoh, H. (2017). Hypervigilance to pain affects activities of daily living: an examination using the Japanese version of the pain vigilance awareness questionnaire. *Journal of Physical Therapy Science*, 29(12), 2094-2096. <https://doi.org/10.1589/jpts.29.2094>
- Sullivan, M. J., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524.

- Sutton, B. C., & Opp, M. R. (2014). Musculoskeletal sensitization and sleep: chronic muscle pain fragments sleep of mice without altering its duration. *Sleep*, 37(3), 505-513. <https://doi.org/10.5665/sleep.3486>
- Tavares, F. A. G., Chaves, T. C., Silva, E. D., Guerreiro, G. D., Gonçalves, J. F., & Albuquerque, A. A. A. D. (2017). Immediate effects of joint mobilization compared to sham and control intervention for pain intensity and disability in chronic low back pain patients: randomized controlled clinical trial. *Revista Dor*, 18(1), 2-7. <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20170002>
- Thorn, B. E., & Kuhajda, M. C. (2006). Group cognitive therapy for chronic pain. *Journal of Clinical Psychology*, 62(11), 1355-1366. <https://doi.org/10.1002/jclp.20315>
- Turk, D. C., Wilson, H. D., & Cahana, A. (2011). Treatment of chronic non-cancer pain. *The Lancet*, 377(9784), 2226-2235. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60402-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60402-9)
- Turner, J. A., Jensen, M. P., & Romano, J. M. (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 85(1-2), 115-125. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00259-6](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00259-6)
- Valente, M. A. F., Ribeiro, J. L. P., & Jensen, M. P. (2012). Further validation of a Portuguese version of the brief pain inventory interference scale. *Clínica y Salud*, 23, 89-96. <http://dx.doi.org/10.5093/cl2012a6>
- Vagos, P & Pereira, A. (2018). Towards a Cognitive-Behavioral Understanding of Assertiveness: Effects of Cognition and Distress on Different Expressions of Assertive Behavior. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. <https://doi.org/10.1007/s10942-018-0296-4>
- Wertli, M. M., Eugster, R., Held, U., Steurer, J., Kofmehl, R., & Weiser, S. (2014). Catastrophizing—a prognostic factor for outcome in patients with low back pain: a systematic review. *The Spine Journal*, 14(11), 2639-2657. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2014.03.003>
- Yakunchikov, D. Y., Olechowski, C. J., Simmonds, M. K., Verrier, M. J., Rashid, S., McWilliams, L. A., Sabolev, I. A., & Dick, B. D. (2016). The effect of social observational learning, empathy and Catastrophizing in chronic pain patients during acute pain induction. *Pain Medicine*, 18(5), 871-878. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw186>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

# Anexos



## Anexo I. *Consentimento Informado*



### **Consentimento Informado**

No âmbito da nossa dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica da Universidade de Aveiro está a ser realizado um estudo de investigação que terá como principal objetivo estudar a perceção das pessoas com e sem Dor Crónica face à própria Dor.

Dada a pertinência e carácter inovador deste estudo desejamos contribuir para o avanço da investigação em Portugal. Para tal solicitamos a sua colaboração no mesmo.

A sua participação é voluntária e em qualquer momento do estudo poderá desistir de participar, sem que a sua intervenção terapêutica seja afetada.

Será mantida a sua confidencialidade e anonimato ao longo de todo o processo de investigação. Qualquer dúvida ou esclarecimento não hesite em nos contactar.

---

### **Consentimento Informado**

Desde já agradecemos a sua disponibilidade para participar neste estudo e contribuir para o progresso da investigação nesta área.

---

(Investigador)

---

(Participante)